

東京都子育て支援員研修「地域保育コース」
受講者推薦書(地域型保育・一時預かり事業)

東京都知事 殿

所在地
事業所名
代表者職・氏名

印 (社判)

担当者氏名
連絡先

標記研修の受講者として、下記の者を受講させたいので推薦いたします。

フリガナ

- 1 受講希望者氏名
- 2 事業所名
- 3 事業所所在地 東京都 _____
- 4 事業種別 (小規模保育 ・ 家庭的保育 ・ 事業所内保育 ・ 一時預かり)
- 5 推薦理由 当事業所が事業を実施するにあたり、上記職員が本研修を受講することが職員配置要件上、必要不可欠であるため。

【区市町村確認欄】 ※必ず区市町村の印鑑(個人印は不可)をもらってから提出してください。(印鑑が無い場合は無効となります。)

上記内容について、適当であると認めます。

令和 年 月 日

_____ 区・市・町・村
(区市町村長又は主管課長等)

_____ 印
(所管部署)

_____ 部 _____ 課

担当者氏名 _____

連絡先 _____